194

Aus der Universitätsklinik
für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten
der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg.
Direktor: Professor Dr. Eckert-Möbius.

Rachenmandelhyperplasie und Mittelohrerkrankungen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

JOHANNA KLOSE GEB. BRÜCKNER
bestallte ~~Ärztin~~ aus Halle (Saale)

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

Halle (Saale) 1940

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 31

Aus der Universitätsklinik
für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten
der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg.
Direktor: Professor Dr. Eckert-Möbius.

Rachenmandelhyperplasie und Mittelohrerkrankungen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

JOHANNA KLOSE GEB. BRÜCKNER
bestallter Ärztin aus Halle (Saale)

Halle (Saale) 1940

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 31

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Koch.
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Nitschke.
Tag der mündlichen Prüfung: 24. 5. 1940.
Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät,

EINTEILUNG.

A. Wie wird in dem bisher vorliegenden Schrifttum über die Rachenmandelentfernung bei Mittelohrerkrankungen geurteilt?

B. Erfahrungen der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Halle mit der Adenotomie

I. bei chronischen Mittelohrerkrankungen,

a) beim Cholesteatom,

b) bei chronischen Mittelohreiterungen mit zentraler Perforation und bei chronisch-rezidivierenden Mittelohrprozessen,

c) bei verzögertem Heilverlauf nach Antrotomie,

d) bei Tubenwinkeleiterung nach Radikaloperation.

II. bei der acuten Otitis media,

a) der unkomplizierten Form,

b) der Komplikation mit Mastoidschmerz und hohem Fieber.

C. Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlußbetrachtung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0434

A. Es ist hinreichend bekannt, daß die weitaus größte Zahl aller Mittelohrerkrankungen im Gefolge von Nasen- oder Nasenrachenerkrankungen entsteht. Eine wesentliche Rolle bei dieser Entstehung der Otitis media per tubam spielt die Rachenmandelhyperplasie. Trifft einen Menschen mit vergrößerter Rachenmandel ein Schnupfen oder ein anderer Nasen-Racheninfekt, so bleibt dieser Infekt in der Regel länger bestehen und es kommt sehr häufig zum Tuben-Mittelohrkatarrh oder zur Otitis media. Daß eine solche Otitis media durch die vergrößerte und oft auch entzündete Rachenmandel weiter unterhalten wird, einen chronischen oder sogar komplizierten Verlauf nimmt, ist im Schrifttum häufig erwähnt worden. Dennoch wird es — wie die Erfahrung lehrt — sehr oft versäumt, bei nicht ausheilenden Mittelohrerkrankungen auf das Vorhandensein einer Rachenmandel zu achten und diese operativ zu entfernen. Viele Ärzte aber, denen die Zusammenhänge wohl bekannt sind, scheuen sich, die Rachenmandel operativ zu entfernen, solange noch akute Mittelohrerscheinungen bestehen; andere wieder lehnen es nur ab bei Fieber oder Warzenfortsatzschmerz wegen der Gefahr einer Verschlimmerung an die operative Entfernung einer Rachenmandel heranzugehen. Über die verschiedenen Ansichten soll in folgendem Literaturüberblick kurz berichtet werden.

Auf die Häufigkeit von Ohrerkrankungen bei Kindern mit adenoiden Vegetationen weist Zarniko hin und betont, daß die Gefahr nicht nur in der Größe der Hyperplasie, sondern in stärkerem Maße in ihrer Eigenschaft als Entzündungsherd liege. Ohraffektionen seien oft das einzige Symptom der adenoiden Hyperplasie, welches zum Arzt führe. Levy-Deker vertritt die Ansicht, daß die Rachenmandel die Ausheilung von Mittelohreiterungen durch Behinderung des Eiterabflusses durch die Tuben verhindere und das Chronischwerden des Ohrenlaufens begünstige. Die adhaesive, trockene Otitis sei die Folge wiederholter Entzündungen der adenoiden Vegetationen.

Scheibe berichtet, daß bei Kindern mit adenoiden Vegetationen die Otitis media häufiger zum Durchbruch des Trommelfelles führe und daß meistens der Ausfluß länger dauere als bei Kindern ohne Rachenmandel. Die Erkrankung werde gewöhnlich durch neue Entzündungsnachschübe von der Rachenmandel aus verlängert. Hartnäckige, subacute Eiterungen kämen oft erst nach der Adenotomie zum Stehen. Ramadier schließt sich Scheibe's Ansicht an und schlägt vor, bei jedem Fall von chronischer Ohreiterung im Kindesalter die Adenotomie auszuführen. Bei häufigen fieberhaften Infekten und Ohrkomplikationen, sowie bei allen wiederkehrenden Mittelohrentzündungen raten Kobrak und Leichentritt dringend zur Entfernung der Rachenmandel.

Auch Stenger weist darauf hin, daß die im Kindesalter häufigen Rezidive von Ohrentzündungen mit der Rachenmandel zusammenhingen. Da die Schwere jeder Erkrankung mit jedem Rezidiv stiege, sei es erforderlich, nach jeder ersten Mittelohrentzündung die Beschaffenheit des Nasenrachenraumes zu untersuchen und dessen Behandlung vorzunehmen. Über 200 operativ entfernte Rachenmandelwucherungen bei gleichzeitiger Ohrerkrankung berichten Wrigley und Archer. Die Erfolge waren so, daß frische Perforationen sich schlossen, große dagegen nur trocken wurden. Auch Unterberger

und Nadoleczny fordern die Behandlung des Nasenrachenraumes bei sonst unverwickelten, jedoch nicht recht zur Ausheilung kommenden Otitiden. In diesem Zusammenhang betont Nadoleczny, man solle mit der Adenotomie nicht warten, bis die Kinder eine Reihe von Mittelohrentzündungen überstanden und Löcher oder größere Narben im Trommelfell hätten. Bei acuten Entzündungen aber unterließe man das Operieren besser. Ihm seien nur wenig gute Resultate mit der Adenotomie im acuten Zustand einer Otitis media bekannt. Auch Marx warnt auf Grund schlechter Erfahrung vor zu früher Rachenmandelentfernung bei acuter Otitis media. Er verlangt ein Abklingen der starken Entzündungserscheinungen und führt die Adenotomie bei der Otitis media acuta erst in einem späteren Stadium aus. Im Frühstadium einer acuten Otitis simplex, besonders bei erhöhter Körpertemperatur und sonstigen Zeichen eines allgemeinen Infektes hält er die Adenotomie für contraindiziert, weil er im Anschluß an die Adenotomie ein Aufflackern der Entzündungserscheinungen befürchtet. Nach seiner Meinung soll man grundsätzlich abwarten, bis jedes allgemeine Krankheitssymptom verschwunden ist. Ähnliche Ansichten wie Marx vertreten Mateus Armado und Fernandez Soto. Diese fordern, daß bei Vornahme der Adenotomie alle acuten und lokalen subcutanen Erscheinungen mindestens 3 Wochen zurückliegen.

Über viele Heilungen acuter Otitis media nach Entfernung der Rachenmandelhyperplasie berichtet Pedro Errecart. Er macht keine Angaben über den Zeitpunkt der Operation. Max Unger aber vertritt nun die Ansicht, daß man die Rachenmandel auch während einer acuten Otitis media entfernen solle, wenn diese keine Tendenz zur schnellen Ausheilung zeige. Dabei sei es gleichgültig, um welche Form der acuten Mittelohrentzündung es sich handele. Auf die Möglichkeit einer Ausheilung der Mastoiditis durch Entfernung der vergrößerten Rachenmandel wird im Schrifttum nur von Kraßnig hingewiesen. Dieser empfiehlt bei länger andauernden acuten, bzw. subacuten Otitiden, auch wenn eigentlich schon die Antrotomie angezeigt sei, die Rachenmandel, wenn vergrößert, zu entfernen. Er beobachtete auch in solchen Fällen noch häufig Heilungen.

Überblickt man bis hierher das Schrifttum, so sind folgende Anschauungen und Erfahrungen klar zu erkennen: Die Mehrzahl der Otologen berichtet bei chronisch verlaufender Otitis über Ausheilung nach Adenotomie. Gegen die Ausführung der Adenotomie während des acuten Stadiums einer Otitis media werden aber von verschiedenen Seiten Bedenken ausgesprochen.

Während ich nun mit der Sichtung des Materials der Hallenser Klinik und der Zusammenstellung meiner eigenen Erfahrungen beschäftigt war, erschien aus der Marburger Klinik von Blad eine Zusammenstellung der Beziehungen zwischen Rachenmandel und Otitis media. Dieser führt aus, daß auch heute noch die Bedeutung der hypertrophischen Rachenmandel sowohl für den verzögerten Verlauf einer acuten, als auch für die andauernde Unterhaltung einer chronischen Otitis immer noch viel zu wenig beachtet werde. Die in dieser Beziehung engen ursächlichen Zusammenhänge werden dadurch erwiesen, daß oftmals trotz sorgfältiger Behandlung acuter und chronischer, offener und geschlossener Mittelohrentzündungen eine rasche Heilung erst nach Entfernung der Rachenmandel eintritt. Blad erlebte Fälle, in denen selbst bei einer Antrotomie oder Totalaufmeißelung die Sekretion erst dann versiegte, wenn die hypertrophische Rachenmandel entfernt wurde. Nach Blad's Ansicht berücksichtigen auch Fachärzte die für den Verlauf acuter und chronischer Otitiden so erhebliche Bedeutung einer hypertrophischen Rachenmandel allzu wenig. In der Marburger Klinik wurde eine große Anzahl solcher

durch Rachenmandelhypertrophie verzögerten Otitiden behandelt und nach ihrer Entfernung z. T. überraschende Erfolge gesehen. „Bei acuter Otitis ist bei etwa 5—6 Wochen dauernder Eiterung in der Regel die Anzeige zur Antrotomie gegeben. In vielen Fällen wird man sie noch umgehen können, wenn man vorher den Nasenrachenraum freimacht. Bei der chronischen Otitis ist die Indikation zur Adenotomie — soweit nicht besondere Verwickelungen vorliegen — jederzeit gegeben. Bei acuten Fällen wartet man besser normale Temperatur, Aufhören der Schmerzen und ein Abklingen des acuten Stadiums ab."

Unter 3186 Rachenmandelträgern fand Blad 502 Patienten mit Otitis media, d. h. 16,4 %. 400 Patienten hatten Rachenmandelhyperplasie und unkomplizierte acute oder chronische Otitis. Durch Adenotomie wurden 76 % geheilt, 19 % gebessert und nur 5 % blieben unverändert. Bei den acuten Otitiden waren 89 % Heilungen, bei den chronischen 66 % Heilungen zu verzeichnen, darunter waren aber viele Fälle, deren Ohren schon jahrelang liefen.

Bei Betrachtung der Endergebnisse ist besonders auffallend, daß die weit überwiegende Zahl aller Fälle schon wenige Tage nach Entfernung der Rachenmandel geheilt war. Allein die Hälfte heilt nach 5 Tagen, 33 % nach 10 Tagen, 12 % nach 15, 4 % nach 20 und die restlichen 2 % nach 30 Tagen, d. h. 94 % aller Fälle war nach 15 Tagen geheilt. Dieses Ergebnis ist besonders günstig, weil darunter auch die chronischen Otitiden gerechnet sind. Ein wesentlicher Unterschied im Eintritt der Heilung fand sich zwischen acuter und chronischer Otitis nicht.

Neben diesen Fällen unkomplizierter, acuter und chronischer Otitis, bei denen die Rachenmandel hauptsächlich wegen der Mittelohrentzündung entfernt wurde, berichtet Blad noch über 89 Fälle, bei denen die Adenotomie zur Verkürzung des Heilverlaufes nach Antrotomie oder Totalaufmeißelung vorgenommen wurde. Bei den Antrotomien ergaben sich nach Adenotomie 88,3 % Heilungen und 11,7 % Besserungen. Bei den Radikalhöhlen 71 % Heilungen und 29 % Besserungen.

B. I a) Bei Durchsicht des Krankenblattmaterials der Hallenser Klinik fand ich eine große Anzahl von chronischen Mittelohreiterungen mit Cholesteatombildung, bei denen wegen Rachenmandelhyperplasie die Adenotomie ausgeführt war. Wie aus den Aufzeichnungen hervorging, war eine Beeinflussung dieser Form der Mittelohrerkrankung durch die Adenotomie in der Regel nicht festzustellen. Bei der Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Cholesteatomerkrankung ist auch nicht zu erwarten, daß durch Entfernung der hypertrophischen Rachenmandel, welche sich zwar günstig auf Ohrtrompete und Mesotympanon auswirkt, der Verlauf der sich im Epitympanon oder im Antrum abspielenden Erkrankungsvorgänge beeinflußt werden könnte. Auf statistische Wiedergabe oder Anführung einzelner Fälle möchte ich deshalb hier verzichten.

b) Unsere Beobachtungen bei chronischen Mittelohrprozessen mit centraler Perforation sowie bei rezidivierenden Erkrankungen dieser Krankheitsgruppe sind außerordentlich günstig. Die statistischen Erhebungen über einen längeren Zeitraum zeigen dieselben Ergebnisse, wie sie Blad aus der Marburger Klinik beschrieben hat. Da somit durch eine Statistik nichts Neues gesagt wird, will ich hier nur kurz auf 29 Fälle chronischer Otitis media hinweisen, welche ich innerhalb von 3 Monaten an der Hallenser Klinik selbst beobachten konnte.

Diese Fälle hatten sämtlich seit Jahren Ohrenlaufen und waren schon in Behandlung verschiedenster Fachärzte gewesen, ohne daß bisher die Sekretion auch nur beeinflußt wäre. Nach Entfernung der vergrößerten Rachenmandel trat schon am 2. oder 3. Tag nach der Operation eine schlagartige Beeinflussung im Sinne des Nachlassens der Sekretion und der Entzündungserscheinungen ein. Spätestens 8 Tage nach der Adenotomie waren sämtliche Fälle trocken. Die Weiterverfolgung der Patientinnen über 5 Monate ergab in keinem der Fälle erneutes Auftreten von Entzündungserscheinungen oder Ohrenlaufen.

c) Ähnlich günstig liegen die Erfahrungen bei 7 Fällen, welche vom Facharzt antrotomiert und wegen Fortbestehens der Sekretion aus dem Antrum und aus dem Gehörgang überwiesen wurden. In allen 7 Fällen fand sich eine vergrößerte Rachenmandel, die sofort entfernt wurde. Darauf ließ die Sekretion aus Antrum und Gehörgang nach und spätestens 10 Tage nach dem operativen Eingriff waren Antrum und Trommelfell geschlossen.

d) Die Bedeutung der Unterhaltung von Tubenwinkeleiterungen und damit die Störung des Heilablaufes in einer Radikaloperationshöhle zeigten 5 ebenfalls selbst beobachtete Fälle, bei denen nach Entfernung der vergrößerten Rachenmandel die Sekretion aus dem Tubenwinkel nachließ.

II. Was diese chronischen Verlaufsformen betrifft, so decken sich unsere Erfahrungen ganz mit den im Schrifttum vertretenen Ansichten. Etwas anders aber ist unsere Einstellung zur Entfernung der Rachenmandelhyperplasie bei der acuten Otitis media. Wir wissen aus der Kinderpraixs, daß der sogenannte kryptogene, fieberhafte Infekt der Kinder sehr oft auf einer Entzündung der Rachenmandel beruht. Dabei ist es von untergeordneter Bedeutung, ob diese Rachenmandel vergrößert ist oder nicht. In der französischen Literatur wurde vor einigen Jahren darauf hingewiesen, in solchen Fällen — ganz gleich, ob die Rachenmandel vergrößert ist oder nicht — das „Curettement" des Nasenrachenraumes auszuführen, worauf prompte Entfieberung einträte. In der Hallenser Klinik wurden in den letzten Jahren eine Reihe solcher Kinder, die mit unklaren, manchmal septischen Temperaturen erkrankt waren, durch Adenotomie schlagartig geheilt, ohne daß jemals eine Komplikation, insbesondere eine Mittelohrerkrankung eingetreten wäre. Diese Fälle sind also ein Beweis dafür, daß es offensichtlich nicht besonders gefährlich ist, in einem acut entzündeten Nasenrachenraum zu operieren. Wir sind aus diesen Erwägungen heraus auch in letzter Zeit mit der Vornahme der Adenotomie bei der acuten Otitis media weniger rücksichtsvoll zu Werke gegangen und haben, selbstverständlich von Fall zu Fall entscheidend, nicht grundsätzlich das Abklingen des Fiebers oder der starken entzündlichen Erscheinungen im Ohr oder Warzenfortsatz abgewartet.

a) Was die unkomplizierte acute Otitis media betrifft, so decken sich unsere günstigen Erfahrungen weitgehend mit den statistischen Mitteilungen von Blad aus der Marburger Klinik. Ich möchte mich deshalb auch hier nur auf die Wiedergabe von 85 besonderen Fällen eigener Beobachtung beschränken.

Tabelle I.

Fälle acuter Otitis media.

Ausführung der Adenotomie am:	Zahl der Fälle	Zeitraum von der Adenotomie bis zur Heilung der Otitis
2. Tag der Otitis	10	4.—6. Tag
3. Tag der Otitis	7	5.—9. Tag
4. Tag der Otitis	8	6.—8. Tag
5. Tag der Otitis	6	5.—9. Tag
9.—11. Tag der Otitis	5	6.—8. Tag
später	49	5.—9. Tag
	85	

Aus Tabelle I, welche die Ergebnisse bei den unkomplizierten acuten Otitiden wiedergibt, ist zu ersehen, daß die acuten Krankheitserscheinungen im Mittelohr bei allen 85 Fällen spätestens 9 Tage nach der Adenotomie klinisch abgeheilt waren. Die Adenotomie wurde in jedem der Fälle ausgeführt, sobald der Patient in unsere Behandlung kam und die vergrößerte Rachenmandel festgestellt wurde, unabhängig davon, ob das Ohr lief oder nicht. Irgendwelche schädlichen Auswirkungen, insbesondere Verschlechterungen der Mittelohrerkrankung wurden niemals festgestellt. Es trat im Gegenteil stets eine prompte Beeinflussung der Entzündungserscheinungen ein. Soweit Sekretion bestand, ließ diese nach und versiegte bald ganz. Bei den nicht laufenden, nicht perforierten Ohren — 26 Fälle der Versuchsreihe — kam es nach der Adenotomie niemals zur Sekretion. Auf diesen Umstand möchte ich besonders hinweisen.

b) Besonderer Erwähnung bedürfen die 25 Fälle, welche in der nachstehenden Tabelle II aufgeführt sind.

Tabelle II.

Fälle mit Mastoidschmerz und Fieber.

Ausführung der Adenotomie am:	Zahl der Fälle	Zeitraum von der Adenotomie bis zur Heilung der Otitis
6. Tag der Otitis	2	4 Tage
8. Tag der Otitis	1	5 Tage
9. Tag der Otitis	1	4 Tage
10. Tag der Otitis	2	5—6 Tage
12. Tag der Otitis	1	4 Tage
14. Tag der Otitis	3	5—6 Tage
17. Tag der Otitis	1	5 Tage
18. Tag der Otitis	2	5—6 Tage
20. Tag der Otitis	1	5 Tage
mehr als 3 Wochen	11	5—7 Tage
	25	

Es handelt sich in sämtlichen Fällen um Patienten, die wegen länger dauernden Fiebers und wegen Warzenfortsatzdruckschmerz z. T. auch Schwellungen über dem Mastoid vom Facharzt zur Antrotomie eingewiesen waren. Die Rachenmandelvergrößerung war wohl in einem Teil der Fälle diagnostiziert, aber entsprechend der in der Einleitung beschriebenen Lehrmeinung wegen des Fiebers und der hochacuten Erscheinungen nicht entfernt. Wir führten noch am Aufnahmetag die Adenotomie aus. Die eindeutigen Erfolge dieses Eingriffes zeigt die Tabelle. Allen 25 Patienten blieb die Antrotomie erspart und es kam zu einer restlosen Ausheilung der Otitis media.

Selbstverständlich haben wir an der Hallenser Klinik auch eine ganze Anzahl klinisch ähnlicher Fälle gesehen, die trotz der Adenotomie noch antrotomiert werden mußten. Diese Tatsache macht aber die lehrreichen Erfahrungen bei den 25 erfolgreich behandelten Fällen nicht ungültig. Letzten Endes kann natürlich ein irreparabler Prozeß im Mastoid auch durch eine Adenotomie nicht mehr ausgeheilt werden. Durch eine rechtzeitige Adenotomie kann aber sicher in vielen Fällen das Eintreten solcher irreparablen Veränderungen verhindert werden.

Daß wir im übrigen keine statistische Gegenüberstellung geben wollen, wurde bereits erwähnt. Es erscheint uns ausreichend, die nicht wegzuleugnenden positiven Erfolge für sich sprechen zu lassen und zu zeigen, daß auch bei „sogenannten operationsreifen" Fällen die Adenotomie keine Nachteile mit sich bringt, sondern oft noch von großem Nutzen ist.

C. Bei jeder Mittelohrerkrankung, ganz gleich, ob es sich um eine acute oder chronische Form handelt, ist eine sorgfältige Nasen-Rachen-Untersuchung unerläßlich. Findet sich eine vergrößerte Rachenmandel, so ist deren operative Entfernung vorzunehmen. In dem bisher vorliegenden Schrifttum wird hervorgehoben, daß man bei allen chronischen, subacuten und rezidivierenden Otitiden die Adenotomie bedenkenlos jederzeit ausführen kann und soll. Es wird aber im Schrifttum bei acuten Otitiden von der Adenotomie in den ersten Tagen, bei stürmischem, fieberhaftem Verlauf und auch bei Warzenfortsatzbeteiligung abgeraten.

Wie unsere Erfahrungen bei 151 uns eingewiesenen Fällen zeigen, wird auch von Fachärzten der Bedeutung der Rachenmandelhyperplasie für die Auslösung und Unterhaltung von Mittelohrerkrankungen zu wenig Beachtung geschenkt. Die in dem Literaturüberblick geschilderte Lehrmeinung, daß man bei acuter Otitis mit fieberhaftem Verlauf und Warzenfortsatzschmerz, sowie in den ersten Tagen dieser Erkrankung nicht adenotomieren solle, veranlaßt nach unseren Erfahrungen viele Fachärzte, mit der Adenotomie zu lange abzuwarten. Es wird durch dieses Verhalten kostbare Zeit verloren. Wir konnten bei 85 Fällen von acuter Otitis media zeigen, daß die Ausführung der Adenotomie auch in den ersten Tagen der Otitis media acuta keinen Nachteil mit sich bringt, sondern eine rasche Ausheilung des Entzündungsprozesses begünstigt.

Warzenfortsatzdruckschmerz kann keinesfalls als Contraindikation gegen die Adenotomie gelten, denn es gelingt nach unseren Erfahrungen garnicht selten, auch bei Patienten mit deutlicher Mastoidbeteiligung durch Adenotomie noch eine Heilung ohne Aufmeißelung zu erzielen. Ungünstige Auswirkungen der Adenotomie auf das Mittelohr oder den Allgemeinzustand haben wir hierbei nie gesehen.

SCHRIFTTUM.

Armado: Über adenoide Vegetationen. Zentralblatt Bd. 9, S. 320, 1927.

Blad: Die Bedeutung der Rachenmandel für den Verlauf von Mittelohrentzündungen. Dt. H. N. O. Arzt II, **49**, S. 173, 1940.

Errecart: Gaumen- und Rachenmandelbehandlung bei acuten Prozessen. Zentralblatt für Ohrenheilkunde. Rev. argent. otol. 1932.

Kobrak: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 31, S. 468—472, 1934. Unter welchen Bedingungen ist im Kindesalter die Exstirpation der Rachen- und Gaumenmandeln anzuraten.

Kraßnig: Beitrag zur Therapie subacut verlaufender Mittelohrenentzündungen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1931, Nr. 4.

Marx: Kurzes Handbuch der Ohrenheilkunde, G. Fischer, Jena 1938.

Leichentritt: Operationsanzeige zur Adenotomie. Med. Klinik Nr. 24, S. 800, 1933.

Levy-Deker: Adenoide Vegetationen und Otitiden. Hals-Nasen-Ohrenarzt, Bd. 29, S. 696.

Nadoleczny: Frage der operativen Mandelbehandlung im Kindesalter. Münch. Med. Wochenschrift 1933, II.

Ramadier: Wie soll die Indikation zur Adenotomie beim Kinde gestellt werden. Zentralbl. Bd. 15, 1927, Ref. aus Journ. méd. franc. Nr. 5, 1926.

Scheibe: Adenoide Vegetationen als Ursache für Tubenabschluß, Bd. 7 des Handbuches der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde von Denker u. Kahler, 1926.

Soto: Indikation und Kontraindikation der Mandelextirpation. Zentralbl. Bd. 5, 1924. Ref. aus espanole de laryng., otol. y rinol., Jahrg. 14, Nr. 3, 1923.

Stenger: Die acute Mittelohrentzündung im Säuglings- und Kindesalter. Bd. 7 des Handbuches der H. N. O.-heilkunde von Denker u. Kahler.

Unterberger: Behandlung des Nasenrachenraumes bei sonst unverwickelten, jedoch nicht zur Ausheilung kommenden Otitiden. Münch. Med. Wochenschr. 1920, S. 357.

Wrigley F. G. und Archer C. E.: Bericht über 200 auf operativem Wege entfernte Tonsillen und Adenoide im Zentrlbltt. Bd. 1, 1922. Referat aus Journ. of laryngol. and otolog. Bd. 37, Nr. 3, 1932.

Zarniko: Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes im Bd. 3 des Handbuches der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, herausgegeben von Denker u. Kahler. Springer-Berlin und Bergmann-München, 1928.

LEBENSLAUF.

Am 26. 1. 1914 wurde ich als Tochter des Diplom-Ingenieurs Willi Brückner und seiner Ehefrau Frieda Brückner, geb. Mahlfeldt in Halle (Saale) geboren.

Ich bin arischer Abstammung und besitze die deutsche Staatsangehörigkeit.

Nach Bestehen der Reifeprüfung am 10. 3. 1933 an der Studienanstalt in Halle und nach Ableistung des freiwilligen Arbeitsdienstes im Sommerhalbjahr 1933 begann ich im Wintersemester 1933/34 das Studium der Medizin an der Universität in Halle. Dort legte ich am 25. 10. 1935 den 2. Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung mit dem Gesamturteil „gut" ab.

Auch während der klinischen Semester studierte ich in Halle mit Ausnahme des 2. klinischen Semesters, das ich an der Universität in Budapest vom 1. 2. bis 30. 6. 1936 absolvierte. Am 27. 6. 1939 bestand ich in Halle die ärztliche Prüfung mit dem Prädikat „gut".

Seit dem 1. 8. 1939 bin ich als Medizinalpraktikantin und nach der vorzeitigen Bestallung am 1. 9. 39 als Assistenzärztin an der Brandenburgischen Landesanstalt in Görden beschäftigt.

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 31
Spezialdruckerei für wissenschaftliche Werke und Dissertationen